

Komunikácia s účastníčkou mamografického skríningu a oznámenie diagnózy na skrínigovom mamografickom pracovisku

Kállayová A., Kállayová D.

Podľa platného štandardu pre skrínigovú mamografiu je súčasťou skrínigového vyšetrenia aj oznámenie negatívneho výsledku ústne ihneď a zároveň písomne do troch dní. Rádiológ musí pri skrínigovom mamografickom vyšetrení komunikovať s každou vyšetrouvanou ženou. Je nutné jej oznámiť výsledok vyšetrenia, ak je negatívny a žena je „zdravá“. V prípade zistenia podozrenia na onkologické ochorenie, či jasného nálezu onkologického ochorenia prsníka je komunikácia o to dôležitejšia. Diagnózou rakoviny sa zmení život väčšiny pacientiek aj ich rodín. Počutie diagnózy rakovina, bez ohľadu na výsledok liečby, sa stáva mĺňníkom v živote pacientky (Thorne et al. 2010). Pacientky s ochorením na rakovinu umiestňujú efektívnu komunikáciu vysoko na rebríčku svojich priorit týkajúcich sa liečby (Lerman 1993 In: De Morgan 2002) a efektívna komunikácia medzi pacientkou a lekárom môže byť veľmi dôležitá z hľadiska dlhodobého pozitívneho psychosociálneho aspektu pacientky s rakovinou (Davidson – Mills 2005). Z týchto dôvodov sme sa rozhodli priblížiť vhodný postup pri oznamovaní diagnózy C50 na skrínigovom mamografickom pracovisku.

1 Rozdiel medzi informovaním a komunikáciou

Pojem „informovanie“ sa zásadne významovo líši od pojmu „komunikovanie“. Kým informovanie charakterizujeme ako prenos údajov, komunikácia je prenosom údajov tak, že osoba, ktorá prijíma informáciu, tejto rozumie a dokáže ju využiť. Pri komunikácii je nutné, aby sme zohľadnili spoločenské a kultúrne faktory, ktoré ovplyvňujú spôsob vnímania osoby, ktorej sú údaje komunikované.

2 Etické princípy komunikácie

Nasledujúce štyri princípy sú zásadné pre komunikáciu v rámci zdravotnej starostlivosti:

1. Autonómia: povinnosť rešpektovať možnosť rozhodovania sa autonómnych osôb.
2. Nepoškodiť: povinnosť vyhýbať sa poškodeniu zámerne alebo priamo (prípustné je, ak škoda nie je priamo zámerná, ale je vedľajším efektom pokusov zlepšiť pacientovo zdravie).
3. Benefit: povinnosť poskytovať benefit s vybalancovaním rizík.
4. Spravodlivosť: povinnosť nestrannosti v rozložení benefitov a rizík.

(European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, 2006)

3 Potreba informácií

Dobre výskumom zdokumentovaný je fakt, že pacientky hlavne počas diagnostickej fázy pokladajú za veľmi dôležité získavanie a aplikovanie informácií (Mills 1999, Thorne et al. 2010).

Pacientky sa líšia vo svojej schopnosti pochopiť informácie o ohrození života a súlad medzi poskytovanou informáciou a pacientkinou schopnosťou ju pochopiť je v takejto situácii veľmi potrebný (Jefford – Tattersall 2002, Roberts at al. 1994 In: Parker et al. 2009).

Štruktúra a odovzdaný obsah ovplyvňujú schopnosť pacientky zapamätať si, čo bolo povedané, nasledujúcimi spôsobmi:

- a) väčšinou si pacientky lepšie pamätajú fakty uvedené na začiatku konverzácie
- b) informácie o témach, ktoré pacientka (nie lekár) pokladá za dôležité, si lepšie zapamätá

- c) čím viac lekár povie, tým je menšie priemerné percento zapamätaných informácií
- d) to, čo si pacientka zapamätá, časom z pamäte „nevybledne“ (Maguire 1999 In: Parker et al. 2009)

Lekári často neodhadnú množstvo a typ informácií, ktoré by pacientka potrebovala počuť (Brurera et al. 2002, Butow et al. 1997 In: Parker et al. 2009). Paradoxné je, že aj napriek veľkej potrebe informácií sa mnoho pacientiek nepýta, častejšie používajú na vyjadrenie nepochopenia mimiku (Butow et al. 2002 In: Parker et al. 2009). Mnohí autori preto odporúčajú opakovane určovať, koľko informácií by sa pacientka rada dozvedela tým, že sa jej priamo pýtame (Parker et al. 2009).

4 Neverbálna komunikácia

V niektorých prípadoch sa stáva, že sú podozrenie alebo diagnóza rakoviny komunikované pacientke nechcene neverbálne alebo slovnými náznakmi zdravotníckeho personálu (Thorne et al. 2010). Pacientky v štúdií (Thomsen et al. 2007) vnímali negatívne fakt, že zo správania zdravotníckeho personálu (napr. reč tela) vycítili, že niečo nie je v poriadku.

5 Emocionálne potreby

Emocionálna podpora pacienta – mnohým pacientkám sa naplnili emocionálne potreby nie tým, že sa lekár priamo spýtal, ako sa cítia, ale napríklad pomocou dotyku (chytenie za ruky) (Thomsen et al. 2007).

6 Špecifiká komunikácie na skriningovom mamografickom pracovisku

Komunikácia zahŕňa obsah diskusie, ako aj aspekty vzťahu a verbálne a neverbálne správanie (Yehekel et al., 2000 In: Parker et al. 2009). Počas komunikácie na mamodiagnostickom pracovisku odporúčame používať tieto kroky:

1. Jasne oznámiť charakteristiku ochorenia: použiť slová zhubné (onkologické) ochorenie, alebo rakovina. V štúdií (Thorne et al. 2010) pacientky vyjadrili, že pokladali za vhodné, keď lekár používal jasné výrazy povedané pokojným hlasom.
2. Oznámiť štádium, dať najavo, že je ochorenie liečiteľné.
3. Oznámiť najvhodnejší postup riešenia nálezu. Podanie informácie o pláne liečby môže v pacientke vzbudiť nádej na vyliečenie (Gamble 1998 In: Thomsen et al. 2007). Pacienti v tejto štúdií oceňovali jasný plán svojej budúcnosti.
4. Presne určiť následné kroky (napísať ich do správy), ako i meno a adresu lekára, ktorý sa o pacientku následne postará. Thorne et al. (2010) zistili, že pacientky pokladali z dôvodu strachu a zmätenosti za nápomocné, keď im lekár bol schopný naznačiť ďalšiu cestu, ďalšie „procedúry“ spôsobom, ktorý im dával zmysel. Dať im nádej je veľmi dôležité, hlavne v podobe informácií o tom, čo ich očakáva v budúcnosti. Pacientky potrebujú optimizmus zo strany lekára.
5. Poskytnúť priestor na otázky
6. Zopakovať nejasné informácie

Vhodná komunikácia diagnózy C50 na mamografickom pracovisku závisí od mnohých faktorov – o. i. spoločenských, kultúrnych a demografických. Vieme z mnohých štúdií, že nesprávna komunikácia v kontexte liečby rakoviny je žiaľ veľmi častá, čo má za následok psychosociálny stres, nasmerovanie k nesprávne rozhodnutiu sa pacientky, zníženie dôvery, nedorozumenia, nespokojnosť a zníženú kvalitu života pacientky (Thorne et al. 2005, Epstein – Street 2007 In: Thorne et al. 2010).

Zoznam použitej literatúry

1. Davidson, R. – Mills, M. Cancer patients' satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. *European Journal Of Cancer Care* [online]. 2005;14(1):83-90. Dostupné na internete: Academic Search Complete, Ipswich, MA.
2. De Morgan, S. et al. 'Well, have I got cancer or haven't I?' The psycho-social issues for women diagnosed with ductal carcinoma in situ. *Health Expectations* [online]. 2002;5(4):310-318. Dostupné na internete: Academic Search Complete, Ipswich, MA.
3. Mills M. et al. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal Of Clinical Nursing* [online]. 1999;8(6):631-642. Dostupné na internete: Academic Search Complete, Ipswich, MA.
4. Parker P. et al. Breast Cancer: Unique Communication Challenges and Strategies to Address them. *Breast Journal* [online]. 2009;15(1):69-75. Dostupné na internete: Academic Search Complete, Ipswich, MA.
5. Perry N et al. (ed.). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4. vyd. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 2006: 409.
6. Thomsen D. et al. Breast cancer patients' narratives about positive and negative communication experiences. *Acta Oncologica* [online]. 2007;46(7):900-908. Dostupné na internete: Academic Search Complete, Ipswich, MA.
7. Thorne, S. et al. Helpful communications during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences. *European Journal Of Cancer Care* [online]. 2010;19(6):746-754. Dostupné na internete: Academic Search Complete, Ipswich, MA.